



Detta är ett svar från SBU:s Upplysningstjänst den 15 november 2013. SBU:s Upplysningstjänst svarar på avgränsade medicinska frågor. Svaret bygger inte på en systematisk litteraturoversikt, varför resultaten av litteratursökningen kan vara ofullständiga. Kvaliteten på ingående studier har inte bedömts. Detta svar har tagits fram av SBU:s kansli och har inte granskats av SBU:s råd eller nämnd.

Seniorhälsan – stöd till äldre kring hälsa och livssituation

Seniorhälsan introducerades i Västra Götalandsregionen under år 2012. Syftet är att förbättra hälsa och förhindra sjuklighet hos den del av befolkningen som är över 65 år, men ändå relativt frisk. Det kan ses som en motsvarighet till barnhälsovården. Seniorhälsan består av dels en medicinsk undersökning/hälsokontroll och dels ett hälsosamtal. Det är dock oklart om detta verkligen förbättrar hälsan för den äldre befolkningen.

Fråga:

Finns det studier som visar att hälsokontroller och hälsosamtal för äldre har en positiv effekt på t ex hälsa eller hur länge man kan bo kvar hemma?

Sammanfattning

Upplysningstjänsten har identifierat fem systematiska översikter publicerade under 2000-talet, och en randomiserad kontrollerad studie (RCT) publicerad år 2012.

I den RCT som publicerades år 2012 har man en lång uppföljningstid, sju år. Man inkluderar cirka 1 500 personer i studien, men har ett bortfall på ungefär 25 %. Man anser dock att bortfallet fördelar sig relativt lika mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp. Författarna drar slutsatsen att hälsokontrollerna har en positiv effekt.

Generellt för de systematiska översikterna gäller att de inkluderade studierna är mycket heterogena. De innehåller ofta både blandriskpopulation och högriskpopulation, personen som utfört hälsokontrollen kan vara en sjuksköterska, en läkare, eller någon utan medicinsk utbildning. De har olika utfallsmått och syften, och är publicerade under en lång tidsperiod. Eftersom hälsokontroller för äldre är en komplex intervention, med många ingående komponenter, kan vad som ingår i en hälsokontroll variera stort. Det gör att det är svårt att dra slutsatser av resultaten. Det är också svårt att identifiera vilka delar i en hälsokontroll som har störst effekt.

Trots ovanstående begränsningar drar författarna till fyra av de systematiska översikterna slutsatsen att hälsokontroller för äldre har en viss effekt på exempelvis inläggning på sjukhus, eller hur länge en person kan bo kvar hemma. Endast en författargrupp anser att effekten inte kan styrkas.



Bakgrund

Seniorhälsan startades som ett pilotprojekt i Göteborg år 2012. Under det året fattade man också beslut om att Seniorhälsan skulle införas i hela Västra Götalandsregionen. Syftet med Seniorhälsan är att nå de äldre som förut inte haft ordnad kontakt med sjukvården, alltså dels de som är friska, och dels de som idag är friska, men ligger i riskzonen att utveckla kronisk sjukdom eller dylikt. Man hoppas alltså kunna förhindra eller fördröja sjuklighet. I Seniorhälsan får man ett hälsosamtal med distriktssköterska, en personlig hälsoplan, information om hälsofrämjande aktiviteter i närområdet, vägledning till rätt kontakter inom kommunen vid behov, samt en fast kontakt på sin vårdcentral i händelse av sjukdom. Dessutom kontrolleras längd, vikt, blodtryck och blodsocker [1]. Ett besök hos Seniorhälsan beräknas ta 30 minuter. I Seniorhälsan ingår samverkan mellan primärvård, kommunal omsorg och sjukvård samt folktandvård. Syftet beskrivs på följande sätt [2]:

”Ge äldre förutsättningar att bibehålla/ återfå hälsa samt bidra till trygghet för den äldre och dennes närstående om och när sjukvårdsbehov uppstår.”

Det har forskats på hälsokontroller för äldre under lång tid. Den första randomiserade kontrollerade studien publicerades år 1979 [3]. En tidig systematisk översikt av Stuck och medförfattare publicerades i Lancet år 1993 [4]. Det finns dock flera svårigheter med att forska inom detta område. Skillnader i sjukvårdsorganisation, tillgänglighet, subventionerad eller egenbekostad sjukvård är exempel på faktorer som kan göra det svårt att dra generella slutsatser. Ofta kallas hälsokontroller för äldre, såsom seniorhälsan, ”comprehensive geriatric assessment”, CGA. Det är en komplex intervention med många beståndsdelar som är svår att standardisera. Sjukvård och kunskap har också utvecklats under de dryga 30 år som förflutit sedan den första RCT:n.

I september år 2013 publicerades en analys av Seniorhälsans pilotprojekt [2]. Beslutet att införa Seniorhälsan i hela regionen hade dock redan fattats. Författaren skriver där att effekten av Seniorhälsan bör utvärderas efter införande i hela regionen. Analysen av pilotprojektet använder sig av kvalitativ forskningsmetodik. Enligt utvärderingen var det få personer som använde sig av Seniorhälsan. Flertalet var dessutom friska. Analysen problematiserar också definitionen av ”senior”. Bör gränsen gå vid 65 år, med tanke på att vi lever längre och är friskare nu än tidigare? Författaren drar bland annat slutsatsen:

”Genomgången av Göteborgspiloten visar på en mycket snabb implementering av ett koncept som inte riktigt provats ut och utvärderats, vare sig det gäller effekterna på målgruppens hälsa eller som del av en sammanhållen vård för äldre. Seniorhälsans ”sökmotor” var inriktad på alla som fyllt 65 år. Det finns anledning att reflektera över om inte satsningen borde lagt fokus på att söka upp den del av målgruppen som lever med risker vilka kan identifieras under ett samtal om hälsa.”



Avgränsningar

Vi har gjort sökningar (se avsnittet ”Litteratursökning”) i databasen Scopus. Vi utgick från artiklar exkluderade pga populationens ålder i en Cochrane-översikt om generella hälsokontroller [5]. De artiklar som var relevanta för frågeställningen citeringssöktes sedan och identifierade abstrakt lästes. Detta upprepades till inga fler relevanta artiklar identifierades. Vi har endast inkluderat artiklar på engelska eller nordiska språk i svaret.

Vi har endast inkluderat systematiska översikter och randomiserade kontrollerade studier (RCT) i svaret, och de systematiska översikterna är publicerade under 2000-talet. För RCT:er har vi endast inkluderat de som är publicerade efter senaste sökdatum i de systematiska översikterna (2010-06-03). Vi har endast tagit med studier eller översikter som gäller människor som är över 65 år, dock inte de som enbart inkluderar personer som t ex har valts ut pga riskfaktorer eller att de har en specifik sjukdom. Vi har inte tagit med studier som undersöker hälsokontroller på sjukhus. Däremot har vi inkluderat studier över hembesök, om de delar som ingick i interventionen verkar motsvara det som erbjuds hos Seniorhälsan.

Resultat från sökningen

Upplysningstjänstens litteratursökning har totalt genererat 1 017 träffar. Vi har läst alla abstrakt. Av dessa har 69 artiklar bedömts kunna vara relevanta och lästs i fulltext. Sex artiklar ingår i svaret. De artiklar som inte ingår i svaret har exkluderats på grund av att de inte var relevanta för frågeställningen.

Systematiska översikter

År 2012 publicerade Lin och medförfattare en systematisk översikt där man främst fokuserar på problem med att sammanställa data från studier om hälsokontroller för äldre (Tabell 1) [6,7]. Man presenterar också en sammanställning av de studier man identifierar och gör metaanalyser för ett flertal parametrar, som exempelvis om studierna är utförda i USA eller inte. Man kvalitetsgraderar inkluderade studier. De flesta studier är av medelhög kvalitet. Studierna som ingår är dock mycket heterogena. Trots att man exkluderar hälsokontroller med patienter i slutenvård så skiljer sig studierna åt i fokus, utförare, syfte etc. Hälsokontrollen kan ske via hälsosamtal eller ett frågeformulär personen själv fyller i, de kan ske på klinik, i hemmet eller via telefon. Antal hälsokontroller, och hur ofta de utförs, skiljer sig också åt. Dessutom skiljer sig studierna åt i utfallsmått, exempelvis fallprevention, förebygga funktionsnedsättning, minska användandet av sjukvård etc. Man inkluderar även studier över riskgrupper. Olika skalor användes för samma utfallsmått, och trots att dessa skalor i de flesta fall är validerade, finns ingen gold standard på området, och de är inte direkt jämförbara med varandra. Inkluderade studier skiljer sig också åt vad gäller uppföljningstid. Man inkluderar endast studier från höginkomstländer. Ungefär hälften av de inkluderade studierna är från USA. I metaanalysen av studier



från USA är resultaten statistiskt signifikanta. När motsvarande analys görs för studier som inte är från USA, är resultaten inte statistiskt signifikanta.

Beswick och medförfattare publicerade år 2010 en översikt om att bibehålla äldres oberoende (Tabell 1) [8]. Det är en uppdatering av en tidigare översikt publicerad år 2008 [9]. Man inkluderar endast RCT:er som pågått under minst sex månader. Populationen skulle ha en medelålder av minst 65 år, bo hemma eller stå i begrepp att bli utskrivna från sjukhus. Man inkluderar även studier enbart över riskgrupper, men analyserar också blandriskpopulation och högriskpopulation separat. Analyserna görs på det totala materialet, alltså både de studier som identifierades år 2010 (fyra RCT) och de som identifierades år 2008 (28 RCT). Man gör flera känslighets- och subgruppsanalyser. Dessutom gör författarna en kvalitetsbedömning baserad på randomisering, blindning och bortfall.

Elkan och medförfattare publicerade år 2001 en systematisk översikt över program för hälsokontroller av äldre i hemmet [10]. Majoriteten av studierna är utförda i Europa. Även här är studierna heterogena. Man inkluderar studier där deltagarna exempelvis besöks var tredje månad, men också studier där man besöks en gång per år. Man bedömer kvaliteten hos inkluderade studier med hjälp av en Reischskala, som bland annat tittar på syftet med studien, studiedesign, hur man bestämt studiens storlek, blindning och bortfall. Därefter tilldelas studien ett värde mellan 0 och 1, ju högre värde desto bättre kvalitet. De inkluderade studierna får värden mellan 0,21 och 0,61. Trots att studierna skiljer sig åt anser man att det är befogat att göra en metaanalys.

År 2000 publicerades två systematiska översikter över hälsokontroller hos äldre.

van Haastregt och medförfattare inkluderade 15 studier över hälsoundersökningar hos äldre som fortfarande bor hemma (Tabell 1) [11]. För att inkluderas skulle hälsokontrollen i studien syfta till att undersöka personens medicinska, funktionella, psykosociala status, samt boendemiljö. Man beskriver inte populationen närmare. Man bedömer studiernas kvalitet utifrån en lista med 19 kriterier, där bland annat randomisering, blindning och bortfall ingår. Om en studie uppfyllde alla kriterier fick den 19 poäng. De inkluderade studierna fick mellan 5,5 och 13,5 poäng. Man bedömer att studierna är så olika att det är olämpligt att göra en metaanalys.

Den andra systematiska översikten från år 2000, utförd av Byles, grundar sig i att den australiensiska regeringen år 1999 beslutade att årliga hälsoundersökningar skulle erbjudas för alla över 75 (över 55 för urinvånare) (Tabell 1) [12]. I översikten inkluderar man studier där populationen är över 65 år och fortfarande bor hemma. Sammantaget rapporterar de inkluderade studierna 19 utfallsmått, med mellan två och elva utfallsmått per studie. Författaren gör ingen metaanalys, eftersom studierna skiljer sig åt, både vad gäller utfallsmått, hur utfallsmåtten analyserats, och hur de rapporterats. Man utvärderar studiernas kvalitet utifrån ett antal kriterier, bland annat randomisering, uppföljning och extern validitet.



Tabell 1. Systematiska översikter

Inkluderande studier	Population	Utfallsmått
Lin 2012 [6,7]		
70 RCT (n=40 917) varav 24 är på blandriskpopulation	Äldre som fortfarande bor hemma Inkluderar riskpopulationer	ADL IADL HRQoL Fall Inläggning på sjukhus Särskilt boende Dödlighet Allvarliga komplikationer
Författarens slutsatser: "This review was designed to evaluate the net benefit of outpatient multifactorial assessment and management interventions in community-dwelling older adults. The overall pooled results show a small, statistically significant benefit in functional ability for these types of interventions (...), but the clinical significance of this change in functional ability is unclear because of the choice of ADL or IADL instruments that may not be responsive to detecting clinically significant changes in function in community-dwelling older adults, probable heterogeneity in treatment effects for these interventions and inability to understand the heterogeneity of populations studied, and inconsistent reporting of a set(s) of outcomes..."		
Beswick 2010 [8]		
32 RCT för blandriskpopulation [8,9] Totalt ingår 80 826 i blandriskpopulationen (av 109 661 totalt)	Personer med en medelålder av minst 65 år Bor hemma eller står i begrepp att bli utskriven från sjukhus Inkluderar riskpopulationer	Boende i hemmet Särskilt boende Dödlighet Inläggning på sjukhus Fall Fysisk funktion
Författarens slutsatser: "For the outcome of not living at home meta-regression confirmed that the benefit was apparent in the earliest studies but not in studies with more recent recruitment dates. Similarly, meta-regression indicated that only the earliest studies showed any effect for reduction in deaths, hospital admissions, and nursing home admissions in the intervention groups. Physical function outcomes showed no trend with date."		
Elkan 2001 [10]		
15 RCT 2 "kvasiexperimentella"	Äldre personer (över 65) som bor hemma Även sköra äldre inkluderades	Dödlighet Inläggning på sjukhus Boende i äldreboende Funktionsstatus Hälsostatus
Författarens slutsatser: "Our review of home visiting programmes shows that home visiting is effective in reducing		



Inkluderande studier	Population	Utfallsmått
mortality and admission to long term institutional care among members of the general elderly population and frail older people who are at risk of adverse outcomes. We did not find any significant reduction in admissions to hospital"		
van Haastregt 2000 [11]		
15 RCT	Äldre (inte närmare definierat)	Fysisk funktion Psykosocial funktion Fall Inläggning på sjukhus Boende i äldreboende Dödlighet
Författarens slutsatser: "No clear evidence was found in favour of the effectiveness of preventive home visits to elderly people living in the community. It seems essential that the effectiveness of such visits is improved, but if this cannot be achieved considerations should be given to discontinuing these visits."		
Byles 2000 [12]		
21 RCT	Äldre över 65 fortfarande boende i hemmet.	Hälsostatus Kostnad
Författarens slutsatser: "Health assessments have been associated with improved health outcomes for older people. An evidence base for specific components to be included in the assessments is yet to be derived." "The introduction of Medicare item to cover health assessments for people aged 75 years and over in Australia is a revolutionary step. Careful evaluation will be required to monitor the uptake and application of these assessments."		

RCT = randomiserad kontrollerad studie; ADL = activities of daily living; IADL = instrumental activities of daily living; HRQoL = hälsorelaterad livskvalitet

Randomiserade kontrollerade studier

Upplysningstjänsten har identifierat en RCT publicerad efter 2010-06-03. (Tabell 2) [13]. Studien utfördes dock under 1990-talet. Man randomiserade 630 till interventionsgrupp och 990 till kontrollgrupp. Interventionsgruppen består av två undergrupper, en som får en hälsokontroll, och en som får två hälsokontroller. Hälsokontrollerna utfördes 1992 och 1995. Analysen sker enligt intention-to-treat. Man har ett bortfall på 25 %, något som räknas som relativt högt. Dock har studien en lång uppföljningstid, sju år, vilket i viss mån kan förklara bortfallet. Man anger att det endast finns en statistiskt signifikant skillnad mellan interventions- och kontrollgrupp i baslinjedata, nämligen hälsostatus. Det kan delvis bero på att man inte hade lika detaljerade data om hälsostatus för kontrollgruppen.



Tabell 2. Randomiserade kontrollerade studier

Population	Intervention	Utfallsmått
Frese, Tyskland 2012 [13]		
Personer över 70 år (n=1620) Intervention: 630 Kontroll: 990	Hembesök av medicinstudent STEP-assessment Barthel-Index Lambeth-disability screening questionnaire Tinetti-gait score Hamilton Depression Rating Scale Hospital anxiety and depression scale Mini Mental State Examination Hierarchic Dementia Scale Clock drawing test COOP charts	Dödlighet Boende i äldreboende Hur länge man kan bo kvar hemma
Författarens slutsatser: "Despite some limitations, our investigation provides evidence that a preventive in-home CGA is effective: mortality was reduced and older persons lived longer in their familiar environment. This effect lasts up to seven years after one in-home assessment."		

Projektgrupp

Detta svar är sammanställt av Jessica Dagerhamn och Jan Liliemark vid SBU.

Litteratursökning

I Cochrane-översikten publicerad år 2012 uteslöts studier med en population över 65 år [5]. Utifrån deras exklusionslista identifierades tio studier med en population >65 år. Efter läsning ansågs fyra studier vara relevanta för frågeställningen. Dessa artiklar citeringssöktes sedan och abstrakten lästes. Därefter upprepades citeringssökningarna med relevanta artiklar tills inga nya artiklar identifierades. Vi har även gått igenom referenslistor från identifierade artiklar.



Scopus 10 September 2013		
Seniorhälsan		
	Search terms	Items found
1.	McEwan et al 1990 [14]	51
2.	Stuck et al 1993 [4]	890
3.	Tulloch and Moore 1979 [3]	62
4.	Eekhof et al [15]	10
Final	Totalt efter dubblettkontroll	951

Scopus 22 October 2013		
Seniorhälsan		
	Search terms	Items found
1.	Nakanishi 1997 [16]	14
2.	Byles 2000 [12]	33
3.	Beswick 2010 [8]	6
4.	Frese 2012 [13]	3
5.	Lin 2012 [7]	6
Final	Totalt efter dubblettkontroll	56

Referenser

1. <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Regler-och-rattigheter/Seniorhalsan-vardar-det-friska/>. Besökt 2011-10-30;
2. Trägårdh B. Seniorhälsan i Göteborg. Analys av organiseringen under pilotperioden 2012 och förslag till utvärdering efter breddinförande i Västra Götalandsregionen. FoU i Väst/GR; 2013.
3. Tulloch AJ, Moore V. A randomized controlled trial of geriatric screening and surveillance in general practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners* 1979;29:733-40.
4. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342:1032-6.
5. Krogsbøll Lasse T, Jørgensen Karsten J, Grønhøj Larsen C, Gøtzsche Peter C. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. ed. John Wiley & Sons, Ltd; 2012. p.
6. Lin JS, Whitlock EP, Eckstrom E, Fu R, Perdue LA, Beil TL, Leipzig RM. U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews. In: *Challenges in Synthesizing and Interpreting the Evidence From a Systematic Review of Multifactorial Interventions to Prevent Functional Decline in Older Adults*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012.
7. Lin JS, Whitlock EP, Eckstrom E, Fu R, Perdue LA, Beil TL, Leipzig RM. Challenges in synthesizing and interpreting the evidence from a systematic review of multifactorial interventions to prevent functional decline in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2012;60:2157-66.



8. Beswick AD, Gooberman-Hill R, Smith A, Wylde V, Ebrahim S. Maintaining independence in older people. *Reviews in Clinical Gerontology* 2010;20:128-53.
9. Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, Ebrahim S. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 2008;371:725-35.
10. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal* 2001;323:719-24.
11. van Haastregt JC, Diederiks JP, van Rossum E. Review: Evidence is unclear that preventive home visits for elderly people in the community improve mortality or health outcomes. *Evidence-Based Medicine* 2000;5:147.
12. Byles JE. A thorough going over: Evidence for health assessments for older persons. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2000;24:117-23.
13. Frese T, Deutsch T, Keyser M, Sandholzer H. In-home preventive comprehensive geriatric assessment (CGA) reduces mortality-A randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2012;55:639-44.
14. McEwan RT, Davison N, Forster DP, Pearson P, Stirling E. Screening elderly people in primary care: a randomized controlled trial. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 1990;40:94-7.
15. Eekhof JAH, De Bock GH, Schaapveld K, Springer MP. Effects of screening for disorders among the elderly: An intervention study in general practice. *Family Practice* 2000;17:329-33.
16. Nakanishi N, Tatara K, Tatatorige T, Murakami S, Shinsho F. Effects of preventive health services on survival of the elderly living in a community in Osaka, Japan. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1997;51:199-204.